

身体障害者手帳交付等申請(届出)書

平成 年 月 日

本 籍

現 住 所 福井県越前市

ふりがな
申 請 者

(届出者)

個人番号

男 明治
大正 年 月 日生
女 昭和
平成

福井県知事 様

次のとおり申請(届出)します。

TEL : _____

FAX : _____

Eメール : _____

1 欄 [申 請]

申請の種類	新規交付 再交付	再交付の理由	障害程度変更のため 障害内容追加のため 破損のため 紛失のため 再認定のため その他のため			既交付手帳の内容	
			手帳番号	福井県第	号	年	月
職業			運転免許 の所持	有	無	障害名	
年金等の 受給状況	障害基礎年金 特別児童扶養手当 その他の公的年金	入所 施設名					

2 欄 [届 出]

居住地変更			氏名変更		返還		既交付手帳の内容	
居住地または氏名変更 年月日	年月日	返還の理由	死亡 その他 ()		手帳番号	福井県第	号	年 月 日交付 種 級
変更前の住所		死亡等の年月日	年月日		障害名			
変更前の氏名		摘 要						

3 欄 [15歳未満の児童]

ふりがな 氏 名	男 女	平成 年 月 日生	個人 番号	
現 住 所				
保護者と児童との続柄		教 育	小 学 校 年 生	

※ [処 理]

手帳番号	福井県第	号	手帳交付 年月日	年 月 日
------	------	---	-------------	-------

備考 1 ※欄は記入しないでください。

2 15歳未満の児童の申請(届出)は、保護者が代わって手続をしてください。

この場合には、児童の氏名、生年月日および個人番号を3欄に記入することとし、保護者の個人番号を記入する必要はありません。

3 死亡による返還の場合、2欄の摘要欄に死亡した障害者の氏名を記入してください。

	本人確認書類	申請者	代理人	確認者
1点	運転免許証			
	障害者手帳			
	個人番号カード			
2点	健康保険証			意思確認
	介護保険証			
	年金手帳			
	受給者証			
その他 ()				可/不